In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful

La faculté
seek knowledge

Copyright disclaimer

"La faculté" is a website that collects medical documents written by Algerian assistant professors, professors or any other health practicals and teachers from the same field.
Some articles are subject to the author's copyrights.
Our team does not own copyrights for the most content we publish.
"La faculté" team tries to get a permission to publish any content; however , we are not able to be in contact with all authors.
If you are the author or copyrights owner of any kind of content on our website, please contact us on: facadm16@gmail.com to settle the situation.
All users must know that "La faculté" team cannot be responsible anyway of any violation of the authors' copyrights.
Any lucrative use without permission of the copyrights' owner may expose the user to legal follow-up.

www.la-faculte.net

A- Facteurs de risque

– Cinq facteurs de risque principaux et indépendants sont en cause dans la pathologie de l'athérosclérose : hypercholestérolémie, HTA, tabagisme, diabète, hérédité coronarienne.
– L'hypercholestérolémie et le tabagisme sont prépondérants dans le développement de l'athérome coronaire.
– L'HTA est un facteur de risque prépondérant dans les AVC (athérome carotidien)
– Le tabac et le diabète sont prépondérants dans le développement des artériopathies des membres inférieurs.
– Le traitement diététique et/ou médicamenteux est susceptible de faire régresser les lésions athéromateuses.
– La fumée du tabac à un effet toxique direct sur les cellules endothéliales ; elle déclenche la dysfonction endothéliales, l'oxydation des LDL et la production de NO. Il est aussi thrombogène par activation de la libération de la thromboxane A_2 par les plaquettes.
– L'athérosclérose est plus précoce chez les diabétiques ; elle est aussi plus fréquente et plus grave.
– Les seuils d'intervention (pour la prévention primaire) sont des seuils de LDL-cholestérol > 2,2 g/L lorsqu'il n'existe pas d'autre facteur de risque.
– La première étape de la prise en charge est la prescription de règles hygiéno-diététiques pendant 3 mois. Si inefficaces seuls, il faut ajouter de la statine.
– Activité sportive modérée et régulière → ↗ du HDL-cholestérol.

B- Angor stable d'effort

– Parfois la douleur est remplacée par un blocage respiratoire qui freine brutalement le patient dès qu'il accélère le pas (c'est la classique blockpnée d'effort). NB : Important : 7 épisodes sur 10 sont asymptomatiques chez le coronarien
– ECG intercritique : normal dans plus de 50% des cas. Quand il est pathologique, on peut observer : ischémie sous-épicardique (inversion de l'onde T), lésion sous-endocardique (sous-décalage du segment ST)
– Classification de l'angor d'effort de la SCC (société canadienne de cardiologie)
- Classe 1 : les douleurs n'apparaissent que pour des efforts importants, brutaux ou prolongés
- Classe 2 : angor entraînant une diminution modérée de l'activité quotidienne : la marche rapide, monter rapide d'escalier, marcher ou monter les escaliers après un séjour dans le froid, à contre vent…
- Classe 3 : limitation importante de l'activité ordinaire, marcher 2 pâtés de maison sur un plan horizontal ou monter un étage dans les conditions normales.

C- Angor instable

– Il est dû à un remaniement brutal au niveau d'une plaque athéromateuse ⇒ développement d'une thrombose non occlusive à la quelle s'associe souvent un vasospasme. C'est un état à fort potentiel évolutif ; risque élevé d'IDM.
– C'est une crise angineuse ayant au moins l'une des caractéristiques suivantes : survient au repos, est prolongée (> 20 min en l'absence de prise de trinitrine) ; est d'apparition récente (1 un mois) et sévère (au moins classe III) ; angor crescendo ou aggravé.
– L'ECG est normal 8 fois sur 10 (en dehors de la crise). Une ischémie sous épicardique peut être observée (onde T négative, pointue et symétrique) ; parfois lésions sous endocardique (sous décalage du segment ST).
– La troponine ne s'élève pas (sinon on parle d'infarctus sans onde Q).
– La pseudo normalisation d'une ischémie sous-épicardique n'est pas un signe d'amélioration mais au contraire d'évolution persistante.
– L'angor instable réalise 3 tableaux cliniques :
- *L'angor de repos* : la prudence est la règle et la surveillance aux soins intensifs est souhaitable.
- *Les reprises angineuses après un IDM* aigu dans les 3 semaines qui suivent l'épisode initial (menace d'extension).
- *Angor d'effort de novo* : c'est l'apparition depuis moins de 1 mois d'une angine de poitrine sévère, il se manifeste souvent de jour au lendemain pour des efforts d'emblée modeste.
- *L'angor crescendo* : rupture de rythme d'un angor stable ancien par la modification brutale et rapide la symptomatologie ; associant modification des circonstances d'apparition (efforts minimes) ; modification des caractères de la douleurs (intensité ↗ ; irradiation nouvelle ; durée ↗)

D- Angor de Prinzmétal

– Sur le plan clinique : douleur spontanée, en dehors de tout effort, intense. Douleur prolongée, survenant à horaire fixe et à évolution cyclique et récidivante, souvent nocturne (seconde partie de la nuit). Avec possibilité de syncope à l'acmé de la crise.
– Sur le plan électrique : pendant la crise, important sus-décalage de ST systématisé englobant l'onde T, avec image en miroir, et amplitude l'onde R augmentée ; ces anomalies disparaissent après la crise.
– Absence de stigmate biologique de nécrose.
– Sur le plan évolutif : grave à court terme, avec risque d'IDM et surtout de troubles du rythme ventriculaire avec mort subite. Justifie une hospitalisation et un traitement en urgence en USI, ainsi qu'une coronarographie. Le pronostique devient favorable une fois traité.
– Le test de provocation au Méthergin : réalisé après coronarographie qui a montrée un réseau coronaire normale (contre-indication en cas de sténose).

E- Epreuve d'effort

– Il a un intérêt diagnostique et pronostique
– Indication principale : angor d'effort stable. L'angor instable avec douleur dans les 48 heures précédents est une contre-indication
– Le critère de positivité est l'apparition à au moins 85% de fréquence maximale théorique (220 – âge) :
  - Un sous décalage de plus 1 mm horizontal ou descendant 0,08s après le point J.
  - Plus rarement, sus-décalage de ST en l'absence d'infarctus (lésion sévère, spasme, surtout s'il survient après l'effort)
  - La douleur qui augmente à l'effort est moins fréquente que le sous-décalage
– La sensibilité de l'épreuve d'effort est de 75% mais sa spécificité est faible surtout chez la femme et en cas d'anomalie préexistante de l'ECG (valvulopathies, BBG, HCG, HTA)
– Certains paramètres ont un intérêt pronostique important et témoignent des lésions tritronculaires sévères ou de sténose du tronc commun de la coronaire gauche et doivent conduire à une coronarographie rapide :
  - Positivité précoce
  - Sous-décalage > 4 mm étendu à plusieurs dérivations
  - Lenteur de la normalisation en récupération

- Extrasystole ventriculaire à l'effort
- Hypotension ou absence d'élévation de la TA à l'effort

Indications	Contre-indications
– Angor d'effort stable (ECG de la crise non réalisé) – Evaluation de l'efficacité du traitement antiangineux – Après la phase aiguë de l'IDM – Troubles du rythme à l'effort	– IDM en phase aiguë ou très récent – Angor instable – Obstacle à l'éjection ventriculaire (RA, cardiomyopathie obstructive) – HTA sévère non contrôlée – Trouble du rythme ventriculaire – Dans tous les cas où elle risque d'être mal tolérée (anémie sévère, insuffisance respiratoire…).

F- La scintigraphie myocardique

– Le thallium 201 ne se fixe que sur les cellules myocardiques dont le métabolisme est normal. La sensibilité est de 80% et la spécificité est de 90%.
– La scintigraphie permet la localisation précise du territoire ischémique et donc de l'artère probablement en cause
– Elle est réalisée pour le diagnostic d'insuffisance coronarienne lorsque la clinique et l'ECG ne sont pas suffisants pur le diagnostic. Il est inutile si la preuve diagnostique est apportée par l'ECG et/ou la clinique. L'épreuve d'effort n'a pas d'intérêt en cas de BBG (faux positif).
– La scintigraphie myocardique avec test au dipyridamole (Persantine® : antiagrégant avec action vasodilatatrice sur les coronaires saines) est réalisé en cas d'impossibilité de réaliser un effort.

G- *La coronarographie*

Les indications de la coronarographie sont larges (surtout si sujet jeune) mais ne doit pas être systématique dans l'angor. Les principales indications sont :

- Angor chronique stable non amélioré par un traitement médical
- Angor instable à haut risque ; angor spontané
- Suspicion d'un angor vasospastique
- Suites immédiates d'infarctus myocardique avec test d'effort positif
- Réapparition d'un angor après quelques d'un IDM traité

Le bilan de la maladie angineuse

– Comporte toujours : un examen clinique détaillé, bilan biologique et des FDR athéromateux ; le bilan d'extension de la maladie athéromateuse ; un ECG de repos ; un ECG d'effort et une échographie cardiaque.
– Le plus souvent (mais non systématiquement) : une coronarographie permettant un bilan précis des lésions coronaires pour une éventuelle revascularisation
– En cas de doute : Holter ECG ; examens isotopiques ; échographie de stress (dobutamine)

H- *Traitement*

Angine d'effort stable	
La crise	Trinitrine per lingual
Le fond	

Angine instable